

3. Симонова, О. И. Особенности заместительной ферментотерапии при муковисцидозе у детей: преимущества высокотехнологичных ферментных препаратов / О. И. Симонова, Е. А. Рославцева // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 5. – С. 152–156.

4. Об утверждении клинического протокола диагностики, лечения и реабилитации пациентов с кистозным фиброзом (муковисцидозом) : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2012 г., № 1536.

СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ

Волкова О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Республика Беларусь

Введение. Согласно определению экспертов ВОЗ, бронхиальная астма – хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, включая тучные клетки, эозинофилы и Т-лимфоциты. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний системы органов дыхания. По данным европейского респираторного общества, ее распространенность в России, как и в большинстве стран Европы, составляет 5-8% в общей популяции, причем 20% больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме [1].

Основным фактором в развитии БА является хроническое аллергическое воспаление, сопровождающееся развитием гиперреактивности бронхов, чувствительность которых резко повышается на действие, как специфического аллергена, так и неспецифических физиологических, патологических факторов, а в механизме развития спазма бронхиол (бронхообструкции) решающее значение имеет сокращение гладких мышц бронхиол, гиперсекреция слизи и отек стенки бронхов [2, 3].

БА имеет глобальное значение, так как она широко распространена во всех странах мира. Не вызывает сомнений увеличение аллергической заболеваемости взрослого и детского населения за последние два-три десятилетия. Однако частота БА в разных странах мира не одинаковая. Дело в том, что при эпидемиологических исследованиях разные авторы, при диагностике БА, придерживаются разных принципов, применяют разные методики исследований [3].

Многочисленные исследования последних десятилетий подтвердили участие генетических факторов в формировании БА, их вклад составляет 35-70%. По мнению большинства исследователей, развитие заболевания происходит в результате реализации взаимодействия нескольких генов между собой и со внешнесредовыми факторами. Результаты проведенных исследований часто противоречивы, что, возможно, связано с анализом различных фенотипов астмы, этническими различиями популяций и наличием сложных, еще до конца неясных взаимосвязей [4].

Далеко не всегда успех в достижении контроля БА зависит от собственно базисной противовоспалительной терапии. Значительные ограничения в поддержании адекватного контроля заболевания могут быть вызваны сопутствующей патологией. Многие авторы отмечают, что у больных с резистентной БА рецидивы обострения связаны со специфическими коморбидными состояниями. Показано, что БА, сочетающаяся с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), протекает более тяжело. Тесная анатомическая связь органов дыхания и пищеварения, функциональное взаимодействие и общность нервно-гуморальных механизмов регуляции их деятельности объясняют высокую (20-50%) частоту сочетанных нарушений функций этих органов. Рациональная коррекция патологии ЖКТ часто позволяет снизить объем базисной противовоспалительной терапии.

Возрастающее действие неблагоприятных экологических факторов окружающей среды, непосильные для детского организма психоэмоциональные нагрузки, особенности современного образа жизни и питания неуклонно

увеличивающееся участие аллергических и иммунологических факторов в формировании большого ряда гастроэнтерологических заболеваний способствуют их росту и «омолаживанию». Такие заболевания, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК), хронический панкреатит (ХП), синдром раздраженного кишечника (СРК), желчекаменная болезнь (ЖКБ), аутоиммунные заболевания органов пищеварения все чаще диагностируются у детей, в том числе и в первые три года жизни. Нарастает частота сочетанной патологии. Частота заболеваний органов пищеварения за последние годы возросла с 8000 до 12000 на 100 000 детского населения.

Цель исследования – изучить распространенность и структуру заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой, находящихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ».

Материал и методы исследования. В исследовании принял участие 151 ребенок, находящийся на стационарном обследовании в УЗ «ГОДКБ» с верифицированным диагнозом бронхиальная астма.

Обследование пациентов проводилось в соответствии со стандартами медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой и включало данные клинического обследования, общие анализы крови, мочи, копрограмму, биохимический анализ крови. Всем пациентам проводили исследование функции внешнего дыхания при помощи спирографии и пикфлоуметрии. Исследование органов системы пищеварения включало эзофагогастродуоденоскопию с биопсией слизистой оболочки желудка и уреазным тестом, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты исследования и обсуждение. Из всех обследованных детей с бронхиальной астмой 71 (47,0%) ребенок имел те или иные заболевания ЖКТ (таблица), у 34 пациентов этой группы была сочетанная патология ЖКТ.

Таблица – Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой

Хронический гастродуоденит	50,7% (n=36)
Хронический гастрит	19,7% (n=14)
Функциональные заболевания ЖКТ	16,9% (n=12)
ГЭРБ с эзофагитом	12,7% (n=9)
Язвенная болезнь желудка либо 12-перстной кишки	2,8% (n=2)

В то же время, результаты собственных исследований, а также реальная клиническая практика указывают на значимость и другой гастроэнтерологической патологии. Функциональные нарушения работы поджелудочной железы были выявлены у 30,4% пациентов, дискинезия желчевыводящих путей у 24,5% соответственно.

В ходе сбора анамнеза жалобы, указывающие на возможное наличие заболеваний ЖКТ, были обнаружены практически у половины пациентов (45,7%). Наиболее распространенными из них были жалобы на периодические боли в эпигастрии либо пилорoduodenальной области, отрыжку, изжогу, тяжесть в области эпигастрия, метеоризм. Однако только у 23,8% пациентов заболевания ЖКТ были верифицированы до текущей госпитализации. Родители остальной части пациентов преимущественно за медицинской помощью по поводу данных жалоб не обращались и занимались самолечением (не систематический прием спазмолитиков, антацидов, сорбентов и др.)

Примечательно, что среди исследуемых у 25 пациентов (16,6%) отмечена избыточная масса тела и ожирение. В данной группе пациентов заболевания ЖКТ встречались достоверно чаще (у 76% детей), чем у пациентов с нормальной массой тела ($p < 0,05$). Однако нозологическая структура заболеваний ЖКТ у детей с различной массой тела практически не отличалась друг от друга.

Выводы:

1. По данным УЗ «ГОДКБ» частота выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой

значительно выше, чем в общей популяции детского населения.

2. В нозологической структуре заболеваний ЖКТ у детей с бронхиальной астмой преобладает хронический гастродуоденит и наличие сочетанных поражений ЖКТ.

3. В лечебной практике имеет место недостаточная диагностика заболеваний ЖКТ на амбулаторном этапе и соответственно отсутствие адекватной терапии заболеваний ЖКТ.

4. У пациентов с бронхиальной астмой на фоне избыточной массы тела либо ожирения заболевания ЖКТ встречаются достоверно чаще, чем у пациентов с нормальной массой тела.

Список литературы:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. А. Г. Чучалина. – Пер. 2007. – М. : Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 108 с.

2. Геппе, Н. А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей : практ. руководство для врачей / Н. А. Геппе. – М., 2008. – 82 с.

3. Геппе, Н. А. Современные представления о тактике лечения бронхиальной астмы у детей / Н. А. Геппе. – РМЖ. – 2002. – Т. 10, № 7. – С. 353–358.

4. Галимова, Е. С. Состояние иммунитета у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, сочетающейся с бронхиальной астмой / Е. С. Галимова, О. В. Галимов // Int. J. Immunoreabilit. – 2002. – Vol. 4, № 2. – P. 263.

ФАКТОРЫ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Горбач Л.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
научный отдел, Минск, Беларусь

Введение. Данные доклада Всемирной организации здравоохранения о туберкулезе за 2017 год, свидетельствуют о том, что действия мирового сообщества, направленные на